



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Medicina Humana

**Embarazo no planificado y sus factores asociados
según la encuesta demográfica y salud familiar del
Perú en el 2017**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujana

AUTOR

Georgette Carmen Alioska VETANZO SÁNCHEZ

ASESOR

Gilberto Francisco MIRANDA CATIRI

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Vetanzo, G. Embarazo no planificado y sus factores asociados según la encuesta demográfica y salud familiar del Perú en el 2017. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2019.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA




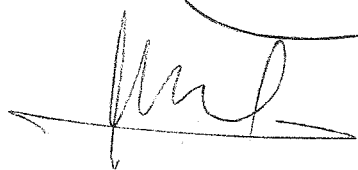
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

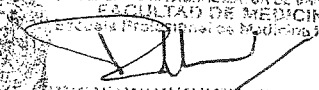
Siendo las 14:00 horas del día quince de marzo del año dos mil diecinueve, en Sala de Sesiones de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los doctores: Dr. Gustavo Néstor Franco Paredes (Presidente), Dr. José Wilfredo Roca Mendoza (Miembro) y Dr. Ramiro Noé Carbajal Nicho (Miembro).

Se realizó la exposición de la Tesis titulada **"EMBARAZO NO PLANIFICADO Y SUS FACTORES ASOCIADOS SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y SALUD FAMILIAR DEL PERÚ EN EL 2017"**, presentado por doña **Georgette Carmen Alioska Vetanzo Sánchez**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujana, habiendo obtenido el calificativo de... *DIECINUEVE* (*19*).


Dr. Gustavo Néstor Franco Paredes
Presidente


Dr. José Wilfredo Roca Mendoza
Miembro


Dr. Ramiro Noé Carbajal Nicho
Miembro


UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
DR. ROBERTO LUIS SAMALABUKU AZARO
Director

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios, por acompañarme
en cada paso que he dado.

Agradezco a cada médico que ha sido parte de mi formación
académica y que me inspiraron a mejorar.

Pero sobretodo, agradezco a mi Facultad de Medicina
“San Fernando” por ser mi casa de estudios
y brindarme todas las herramientas que necesité.

Gracias también a mi hermosa Sociedad Científica San Fernando
por motivarme a ser un médico completo

Y no puedo de dejar de agradecer a mi familia por el apoyo brindado.

DEDICATORIA

Le dedico este trabajo a mi madre por ser mi ejemplo
de mujer peruana perseverante

A mi padre, por apoyar mis esfuerzos

A mi hermano, por siempre creer en mí

Y especialmente a todas las mujeres peruanas, quienes
luchamos por una igualdad en este país.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	V
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación de objetivos	2
1.2.1.Objetivo Principal:.....	2
1.2.2.Objetivos Secundarios:.....	2
1.3. Justificación de la investigación	3
1.4. MARCO TEÓRICO	4
1.5. Limitaciones del estudio.....	10
1.6. Formulación de la hipótesis	10
2. MÉTODOS	11
2.1. Diseño de investigación	11
2.2. Población y muestra del estudio	11
2.3. Criterios de Selección	12
2.3.1. Criterios de inclusión:	12
2.3.2. Criterios de exclusión:	12
2.4. Variables.....	12
2.4.1 Variable dependiente.....	12
2.4.2. Variables independientes	13
2.5. Operacionalización de variables	16
2.6. Técnicas e instrumentos	20
2.7. Plan de recolección de datos	20

2.8. Análisis estadístico	20
2.9. Consideraciones éticas.....	20
3. RESULTADOS	21
4. DISCUSIÓN	30
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
7. ANEXOS	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables	16
Tabla 2. Características sociodemográficas de mujeres embarazadas peruanas entre 15 y 49 años, ENDES 2017	22
Tabla 3. Tipo de métodos anticonceptivos usados por mujeres embarazadas peruanas entre 15 y 49 años, ENDES 2017	25
Tabla 4. Características maternas de mujeres embarazadas peruanas entre 15 y 49 años, ENDES 2017	26
Tabla 5. Características sociodemográficas y maternas asociadas al embarazo no planificado en mujeres embarazadas peruanas entre 15 y 49 años, ENDES 2017	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Planificación del embarazo en mujeres peruanas entre 15 y 49 años, ENDES 201723

Gráfico 2. Tipos de planificación del embarazo en mujeres peruanas entre 15 y 49 años, ENDES 201724

RESUMEN

Introducción: El embarazo no planificado (ENP) es un problema de salud pública a nivel mundial asociado con mayor morbilidad materno-infantil. Existen factores asociados como la edad, estado civil, y el nivel de educación.

Objetivo: Analizar los factores asociados al ENP en mujeres de 15 a 49 años del Perú según la Encuesta demográfica y Salud Familiar (ENDES) del 2017

Materiales y métodos: Estudio probabilístico bietápico, de bases secundarias que usa ENDES del Perú en el año 2017, que contó con 1234 mujeres embarazadas después de los criterios de selección. Los datos fueron descritos con medidas de tendencia central y dispersión. Se realizó el análisis bivariado con la prueba Chi² y T de Student según era el caso, y se realizó regresión logística para determinar los factores asociados. Se usó el programa SPSS25. No hubo necesidad de aplicar consentimiento informado por ser un estudio de bases secundarias.

Resultados: El 55,4% de las mujeres peruanas embarazadas entre 15 a 49 años tuvieron ENP. Los factores asociados fueron mujeres entre 20-24 años (OR 1,419 IC95%: 1,101-1,683), sin educación (OR 10,48 IC95%: 3,2-33,8), educación primaria (OR 1,83 IC95% 1,17- 2,86); educación secundaria (OR 1,94 IC95% 1,41-2,67), mujeres solteras (OR ,15 IC95% 2,02-8,44); y con un índice de riqueza rico (OR 1,86 IC95% 1,12-3,11); para todos los casos con $p < 0,05$. Por otro lado, las mujeres entre 25-29 años (OR 0,019 IC95%: 0,001-0,560), 30 -34 años (OR 0,041 IC95%: 0,002-0,971) tienen menos probabilidad de un ENP.

Conclusiones: El 55,4% de mujeres embarazadas tuvieron ENP; y estuvo asociado a mujeres entre 20-24 años, sin educación, y en menor medida en mujeres con educación primaria y secundaria; asimismo, estuvo asociado a mujeres solteras y con un índice de riqueza rico. Por otro lado, las mujeres entre 25-29 años, y entre 30-34 años tienen menos probabilidad de un ENP. No se encontró asociación con el uso de métodos anticonceptivos.

Palabras clave: Embarazo no planeado, anticonceptivos, Perú. (DeCS)

ABSTRACT

Introduction: Unplanned pregnancy (ENP) is a public health problem worldwide associated with increased maternal and child morbidity and mortality. There are associated factors such as age, marital status, and level of education.

Objective: To analyze the factors associated with ENP in women between 15 and 49 years old in Peru according to the Demographic and Family Health Survey (ENDES) of 2017

Materials and methods: Two-stage probabilistic study of secondary bases used by ENDES of Peru in 2017, which included 1234 pregnant women after the selection criteria. The data were described with measures of central tendency and dispersion. The bivariate analysis was performed with the Chi2 test and Student's T test, and logistic regression was performed to determine the associated factors. The SPSS25 program was used. There was no need to apply informed consent because it was a secondary study.

Results: 55.4% of Peruvian pregnant women between 15 and 49 years old had UP. The associated factors were women between 20-24 years (OR 1,419 IC95%: 1,101-1,683), without education (OR 10, 48 IC95%: 3,2-33,8), primary education (OR 1,83 IC95% 1, 17-2.86); secondary education (OR 1.94 IC95% 1.41-2.67), single women (OR, 15 IC95% 2.02-8.44); and with a rich wealth index (OR 1.86 IC95% 1.12-3.11); for all cases with $p < 0.05$. On the other hand, women between 25-29 years (OR 0.019 IC95%: 0.001-0.560), 30-34 years (OR 0.041 IC95%: 0.002-0.971) are less likely to have an UP.

Conclusions: 55.4% of pregnant women had UP; and it was associated to women between 20-24 years old, without education, and to a lesser extent in women with primary and secondary education; likewise, it was associated with single women and with a rich wealth index. On the other hand, women between 25-29 years of age, and between 30-34 years are less likely to have an UP. No association was found with the use of contraceptive methods.

Keywords: Unplanned pregnancy, Contraceptive Agents, Peru. (MeSH)

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El embarazo no planificado (ENP) es considerado un problema de salud pública a nivel mundial debido a sus implicancias para la madre y su entorno.⁽¹⁾ A nivel mundial los ENP representan el 44% de los embarazos en general, y esto aumenta en países en desarrollo como Brasil donde reportan hasta el 65%,⁽²⁾ o como el nuestro donde se reporta que los ENP son el 52.6%.⁽³⁾ El ENP se asocia con mayor mortalidad y morbilidad de la madre así como del niño.⁽⁴⁾ Esto puede ser explicado por los efectos que implica; por ejemplo, a nivel materno podemos identificar que las madres con ENP tienen más riesgo de cefalea, dolores crónicos, e incluso aumentan las probabilidades de padecer hiperémesis gravídica;⁽⁵⁾ así como mayores nivel de depresión posparto.⁽⁶⁾ El embarazo puede ser interrumpido mediante un aborto teniendo implicancias en la morbilidad materna debido a las complicaciones que pueden tener como hemorragias o infecciones, las cuales son más frecuentes cuando acuden a un centro de salud de manera ilegal.⁽⁷⁾ En caso el embarazo llegue a término, algunos estudios mencionan que los niños producto de un ENP tienen mayores probabilidades de un desarrollo infantil deficiente representado en una menor talla para la edad, o una menor frecuencia de niños que inicien una lectura a temprana edad.⁽⁸⁾

Este tema es abordado comúnmente en mujeres adolescentes debido a la repercusión en sus planes de vida, mediante la limitación de ejercer sus derechos y la disminución de oportunidades.⁽⁹⁾ Uno de sus efectos más hablados es la deserción escolar, generando adolescentes con una educación pobre que tienen menos expectativas para sus propias vidas.⁽¹⁰⁾ Por otro lado, mencionan que también se ve asociado a mayor desnutrición y mortalidad tanto de la adolescente como de sus hijos.⁽⁹⁾ Sin embargo, este tema abarca mayores dimensiones, afectando a mujeres adultas e incluso mujeres casadas. En este último grupo, las mujeres comúnmente sobre los 40 años ya

tienen el número de hijos que planificaban, y un ENP significa alterar sus planes de vida, así como ponen en riesgo su vida debido a las mayores complicaciones maternas propias de su edad.⁽¹¹⁾ En otras palabras, un ENP afectan los planes de vida tanto a mujeres jóvenes como a mujeres adultas.

Es por ello que el presente estudio tiene como objetivo analizar los embarazos no planificados y sus factores asociados en mujeres de 15 a 49 años, según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar Del Perú (ENDES) en el 2017.

1.2. Formulación de objetivos

1.2.1.Objetivo Principal:

-Analizar el embarazo no planificado y sus factores asociados en mujeres de 15 a 49 años en el Perú según la Encuesta demográfica y Salud Familiar del 2017.

1.2.2.Objetivos Secundarios:

-Determinar la frecuencia de embarazos no planificados en mujeres de 15 a 49 años en el Perú según la Encuesta demográfica y Salud Familiar del 2017.

-Determinar la frecuencia del uso de Métodos anticonceptivos en el contexto de embarazos no planificados en mujeres de 15 a 49 años en el Perú según la Encuesta demográfica y Salud Familiar del 2017.

-Analizar los factores sociodemográficos asociados a embarazos no planificados en mujeres de 15 a 49 años en el Perú según la Encuesta demográfica y Salud Familiar del 2017.

-Analizar la presencia de un modelo de violencia física y su asociación con embarazos no planificados en mujeres de 15 a 49 años en el Perú según la Encuesta demográfica y Salud Familiar del 2017.

1.3. Justificación de la investigación

El embarazo no planificado (ENP) es importante por ser considerado un problema que afecta a la salud reproductiva de la mujer a nivel mundial, donde se reportan 99.1 millones de ENP, lo cual representa el 44% de embarazos anualmente, estas cifras podrían incrementar hasta 6.6% cada 4 años debido al crecimiento demográfico que existe. ⁽¹⁾ La cantidad de ENP varía dependiendo si son de países desarrollados o países en vías de desarrollo, por ejemplo, en España son 29.8% ⁽¹²⁾, 33.3% en Paraguay,⁽¹³⁾ 43% en Chile,⁽¹⁴⁾ y de 52.6% en Perú.⁽³⁾ Estas cifras solo demuestran el problema que sigue existiendo en nuestra sociedad, ya que el ENP tiene repercusiones a nivel mental, físico y emocional para las mujeres y sus hijos.⁽⁵⁾ A nivel psicológico, los ENP se asocian con mayor depresión y/o ansiedad hasta 9 meses después del parto, afectando tanto a la madre como al desarrollo del niño.⁽⁶⁾ A nivel físico, las mujeres con ENP reportan mayores síntomas de migrañas y dolor crónico, así como, mayor riesgo de sufrir hiperémesis gravídica. Por otro lado, las mujeres con ENP tienen menor probabilidad de asistir a sus controles prenatales y tomar ácido fólico, medidas que sabemos benefician a un embarazo.^(6,15)

Un tema muy relacionado con ENP son los métodos anticonceptivos (MAC), lo cual implica la falla del método, el uso incorrecto o la ausencia de este, y esto podría deberse a un factor de desconocimiento, factores sociales, religiosos, o incluso una coerción por parte de la pareja para no usar un MAC.⁽⁵⁾ Existen algunos proyectos para charlas informativas sobre la variedad de MAC que pueden ser escogidos según lo desee una mujer; por ejemplo, el Programa de Investigación y Educación en Salud Anticonceptiva (PIENSA) realizado en Perú mostró que las mujeres que inicialmente preferían píldoras en un 57% y anillo vaginal en 13%, y esto variaba a 38% y 33%, respectivamente, después de la charla. ⁽¹⁶⁾

Asimismo, diversos estudios asocian los ENP con diferentes factores, como mujeres de menor nivel de estudios, diferente nivel socioeconómico, raza/etnia distinta, un estado civil de soltera, o separadas, una gravidez mayor a 5, mujeres con una madre con ENP, un padre que no trabaje en caso de adolescentes, una relación influenciada por los roles de género y los ideales de una relación romántica, una relación conflictiva con la pareja;, entre otros.^(5,12,13,17) Es decir, existen múltiples factores que se asocian a un ENP los cuales varían dependiendo de las regiones que se estén estudiando.

Los ENP es un tema especialmente relevante en adolescentes por las consecuencias sobre sus planes de vida, como la deserción escolar que provoca una educación pobre, lo cual genera menos oportunidades de trabajo y desarrollo.⁽⁹⁾ A pesar de ello, los ENP también afectan a mujeres adultas, e incluso el grupo de mujeres casadas, afectando sus propios planes de vida.⁽¹¹⁾

Por lo anteriormente mencionado, el presente estudio tiene como objetivo analizar los embarazos no planificados y sus factores asociados según una encuesta nacional como es la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2017.

1.4. MARCO TEÓRICO

El embarazo no planificado es considerado un problema de salud pública que se define como aquel embarazo el cual no fue esperado en ese momento, sea que la mujer no tuviera planes de tener un hijo nunca o en ese momento en particular; sin considerar si el embarazo fuera deseado.^(1,12) Otro término usado en relación al tema es embarazo no deseado; sin embargo, establecen que este es un concepto propio del ámbito psicológico y ENP es un concepto correspondiente a salud pública.⁽¹⁴⁾

A nivel mundial, ENP se considera uno de los principales problemas de salud pública debido a su repercusión a nivel físico, mental, social y económico en las mujeres y su entorno.⁽¹¹⁾ Algunos estudios reportan que anualmente ocurren 99.1 millones de ENP, lo cual representa el 44% de embarazos anualmente, y estas cifras podrían incrementarse hasta un 6.6% cada 4 años debido al crecimiento demográfico que existe.⁽¹⁾ Otros mencionan que aproximadamente de los 210 millones de embarazos anuales, 79 millones son ENP.⁽¹¹⁾ Estas cifras pueden variar hasta 36% más alto en países en desarrollo, respecto a países desarrollados.⁽¹⁸⁾ En España se reporta que el 29.8% de todos los embarazos son ENP, siendo más frecuentes en mujeres de menor educación y en mujeres de nacionalidad extranjera.⁽¹²⁾ A nivel latinoamericano, las cifras varían hasta 43% en Chile y 33% en Paraguay, donde encuentran que está más asociado a un estado civil de solteras o recién separadas.^(13,14) En Perú, mencionan que el 54,8% de todos los nacimientos en el 2017 fueron niños que no estuvieron planificados, evidenciando un déficit en los programas de planificación familiar.⁽³⁾

Un estudio a nivel mundial que incorporo 105 países comparó los ENP en periodos de 1990-1994 y del 2010-2014. En este se encontró que ENP fueron el 44% de los embarazos durante el último periodo, así mismo, halló una disminución significativa de ENP en 30% en países desarrollados, y solo del 16% en vías de desarrollo.⁽¹⁾ Estas variaciones podrían explicarse por un mejor nivel de educación, mayor acceso a centros de salud, y a una mejor información sobre planificación familiar.^(13,18)

Por otro lado, los ENP pueden terminar en abortos hasta en un 59% en países en vías de desarrollo, y en 55% en países desarrollados.⁽¹⁾ Esto varía en cada país, por ejemplo en Nepal en el año 2014, donde los ENP ocurren 68 por cada 1000 mujeres, tuvieron 323 100 abortos, de los cuales 137 000 fueron legales y 63 200 mujeres fueron tratadas por complicaciones después del procedimiento, lo cual contribuye a la morbilidad materna.⁽⁷⁾ En el 2012, del total de ENP a nivel mundial, el 50% termino en aborto inducido, el 13% en

aborto espontáneo y 38% en nacimientos de niños no planeados.⁽¹⁹⁾ La legalidad del aborto en los países es otro tema a tocar, pues un aborto ilegal aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad materna; sin embargo, algunos países donde el aborto es legal siguen teniendo problemas ya que las mujeres prefieren acudir a los centros ilegales e inseguros debido a la creencia que en un centro legal de aborto puedan ser juzgadas y criticadas por el personal; también mencionan que ellas deciden practicarse abortos debido a que una mujer con ENP tienen menos oportunidades que las demás mujeres.⁽²⁰⁾

A nivel económico, los ENP representan un costo que podría ser evitado con métodos anticonceptivos, programas de planificación familiar, entre otros. Estados Unidos calculó en el 2002, que los ENP costaban casi 5 mil millones de dólares que incluyen los nacimientos no planeados (4 mil millones de dólares), abortos inducidos (800 millones de dólares), y abortos espontáneos (200 millones de dólares); además, para mostrar el ahorro real con métodos anticonceptivos (MAC), se compararon los ENP entre mujeres que usaron MAC y las que no lo usaron, encontrando que se ahorró 19 mil millones de dólares.⁽²¹⁾ Si debemos hablar de los fondos públicos, en el 2006, el 64% de los nacimientos de ENP fueron cubiertos por el fondo público que correspondería a 11.1 mil millones de dólares; es decir, la mitad de los fondos públicos de EEUU que fueron asignados a los nacimientos se gastan en nacimientos de ENP.⁽²²⁾ En España en el 2015, los costos anuales eran de 292.8 millones de euros y el 69% de ello correspondían a una mala adherencia de MAC, por lo que vemos es una de las medidas donde debemos actuar.⁽²³⁾

Los ENP se asocian con el uso de métodos anticonceptivos, abarcando la falla del método, el uso incorrecto, o la ausencia de su uso, y esto se relaciona con el acceso inadecuado a información sobre salud reproductiva.⁽²⁴⁾ Por ello, muchas de las intervenciones se centran en mejorar el acceso de información de métodos anticonceptivos, como el Programa de Investigación y Educación en Salud Anticonceptiva (PIENSA) realizado en el Perú, el cual demostró que las mujeres varían su elección de MAC con charlas informativas sobre estos.

Inicialmente las mujeres elegían lo siguiente: 57% preferían píldoras, 15% anillo vaginal y 13% parche subdérmico; estas cifras variaron después de la charla a 38%, 33% y 19% respectivamente. Lo cual indica que el acceso a información influye en el MAC de elección para cada mujer.⁽¹⁶⁾

Las características sociodemográficas asociadas con mayor riesgo de ENP son diversos como ser una mujer inmigrante, tener un bajo nivel de estudios, y manifestar inconvenientes con el uso frecuente de métodos anticonceptivos duplican el riesgo de ENP, y no utilizar método anticonceptivo seguro durante la primera relación sexual logra triplicar este riesgo.⁽¹²⁾ Asimismo, un estudio realizado en Estados Unidos comprueba como la raza/etnia es un factor influyente. En mujeres blancas de bajos ingresos económicos los ENP se relacionan con amenazas de muerte y violencia de pareja; en cambio, en mujeres negras de bajos ingresos económicos se asocian a mayor coerción reproductiva que abarca a la falta del uso de condón y decisiones sobre la anticoncepción como dependientes del varón.⁽²⁵⁾ Otra variable es el estado civil, los ENP se relacionan a mujeres solteras o que hayan tenido un antecedente de matrimonio pero estén separadas durante el evento de un ENP, es decir, mujeres sin una pareja estable.⁽¹³⁾

Diversos estudios ponen en evidencia que el ENP está influenciado por factores propios de la familia como el nivel de estudios de la madre y del padre, nivel educativo de la joven.⁽¹²⁾ En España, un estudio demostró que el riesgo de ENP aumentaba 3 veces si el padre de la joven no tenía trabajo, si la madre de la joven había sido madre adolescente; y si existían problemas de convivencia, el riesgo de ENP se duplicaba.⁽¹⁷⁾ Los ENP también se ven influenciada con la relación de pareja y la presencia de violencia de género, la influencia de roles de género y de los ideales de pareja de un amor romántico.^(12,26)

Por otro lado es importante mencionar que también se ha estudiado el embarazo no planificado en mujeres casadas. El estudio realizado en Etiopía encontró que el antecedente de un recién nacido muerto, la edad de 40-44 años, y las mujeres que no tienen conversación del tema con sus parejas, representan factores de riesgo para un embarazo no planificado, por otro lado que la mujer tenga poder de decisión sobre el tema o que haya sido conversado con el esposo representan un factor que disminuye la cantidad de ENP. Es relevante mencionar que las cifras reportadas de ENP en mujeres casadas de este estudio son de 13.7%, mucho menores a la de mujeres solteras como ya habíamos mencionado anteriormente. ^(11,18)

Otro factor que se ha encontrado asociado a los ENP es la coerción reproductiva por parte del varón. La teoría del género y el poder explica como ciertas características de una pareja pueden influir en una coerción reproductiva que consiste en que el varón lidere las decisiones reproductivas de la pareja, características como la diferencia de edad, desigualdad económica y desigualdad de poder.^(5,27) Esta teoría fue aplicada en un estudio sobre adolescentes, encontrando una asociación significativa entre los ENP y la cohabitación, así como, con la diferencia de edad de 4 años a más.⁽²⁷⁾

Los ENP tienen efectos en la mujer a nivel psicológico, en un estudio de London donde reportan cifras de 32.8% de ENP, se demostró su asociación con depresión y/o ansiedad hasta 9 meses después del parto, lo cual era acentuado en el grupo de mujeres que se sentían indecisas o infelices al saber por primera vez sobre el embarazo.⁽⁶⁾ También se menciona que los síntomas psicológicos se intensifican cuando existe una mala relación con la pareja, cuando no existe un acuerdo sobre el tema del embarazo, y poco apoyo por parte de su entorno.⁽¹²⁾ Asimismo, un estudio en EE.UU. demostró que el ENP aumentaba hasta un 50% el riesgo de depresión posparto, especialmente en mujeres que tenían antecedentes de depresión antes del embarazo, o si fueron abusadas antes o durante del embarazo. ⁽²⁸⁾

Los ENP se asocian con menores controles prenatales, no consumir ácido fólico, mayor consumo de tabaco, más estrés, mayor riesgo de hiperémesis gravídica, lo cual afecta al embarazo.⁽¹⁵⁾ A pesar de que muchos de los ENP terminan en abortos, la otra parte terminan en nacimientos; es así que un estudio longitudinal de la India menciona que los hijos producto de un ENP tienen mayor riesgo significativo de un menor desarrollo infantil reflejado en talla deficiente para la edad, puntajes menores en test de vocabularios, y puntajes menores en lectura temprana.⁽⁸⁾

Los ENP producto de una violación sexual tienen una relevancia propia, entre el 7 al 26% de violaciones llegan a terminar en un embarazo, el cual debe ser continuado por la mujer en países donde el aborto no es legal, generando una carga emocional y psicológica adicional a estas mujeres.⁽²⁹⁾ Pero ya que es un tema que merece su propio abordaje, no será incluido en nuestro estudio.

Asimismo, los ENP tienen particular importancia en el grupo de mujeres adolescentes debido a que significa una interrupción en sus planes de vida, por ejemplo, una adolescente cuando se embaraza tiende a desertar de la escuela, y con una pobre educación tienen menos oportunidades de trabajo en el futuro.^(9,10) En el Perú se reporta que el 13% de las mujeres entre 15 y 19 años han estado embarazadas en el 2017, y el 71% de ellas tuvieron un embarazo no planificado.⁽³⁰⁾

A nivel nacional se ha estudiado mayormente el ENP en adolescentes, mencionando que aunque el porcentaje de embarazo adolescente se ha mantenido constante en 13%, varía dependiendo de región, ya que en la selva estas cifras se duplican; e incluso las muertes maternas en adolescentes son de 241 por cada 100 000 nacidos vivos, casi duplicando las cifras de muerte materna a nivel nacional.⁽⁹⁾ En el Perú también se han realizado estudios de manera particular, como la depresión mayor en mujeres embarazadas de 16 a 42 años, donde encuentran que los ENP y las mujeres que tuvieron algún

tipo de complicación durante el desarrollo de su embarazo, eran factores de riesgo para que sufrieran de depresión mayor.⁽³¹⁾ Otro estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal mencionan la insatisfacción de la planificación familiar en mujeres con ENP, encontrando que la preocupación de los efectos secundarios de MAC y el rechazo de ello por parte de la pareja son los factores principalmente encontrados.⁽³²⁾

Por lo anteriormente mencionado, el presente estudio tiene como objetivo analizar los embarazos no planificados y sus factores asociados según una encuesta nacional como es la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2017.

1.5. Limitaciones del estudio

El presente estudio tiene como limitación principal que al ser un estudio de bases secundarias, no podemos analizar los factores familiares que mencionan algunos trabajos, como si la madre de la persona en estudio había tenido un ENP;⁽¹⁷⁾ sin embargo, persiste siendo importante estudiar los ENP y sus principales factores asociados en nuestra realidad nacional, para futuras intervenciones.

1.6. Formulación de la hipótesis

No aplica al presente estudio; sin embargo, esperamos que la frecuencia del embarazo no planificados sea similar a los otros países en vías de desarrollo como en Chile donde fue el 43% o en Paraguay donde fue 33.3%.^(13,14) Asimismo, esperamos que las características sociodemográficas que aumenten el riesgo de mujeres con ENP, sea un bajo nivel de estudios, o un estado civil de soltera como en otros estudios.⁽¹²⁾ La cantidad de mujeres que realicen controles prenatales será baja debido al efecto que se menciona de

menos cuidado por parte de la madre frente a un embarazo que ellas no tenían dentro de su proyecto de vida. ⁽¹⁵⁾

2. MÉTODOS

2.1. Diseño de investigación

Es un estudio Observacional con diseño transversal que trabajó en función a datos recolectados de bases secundarias en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizada en el año 2017 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), donde participaron 33 168 mujeres a nivel nacional.

2.2. Población y muestra del estudio

La ENDES tiene un diseño probabilístico bietápico; en la primera etapa se tiene como unidad de muestreo al conglomerado el cual representa el área geográfica conformado por manzanas que pueden tener en promedio 140 viviendas. En la segunda etapa se toman como unidad de muestreo a la vivienda. De un total de 3 175 conglomerados, se seleccionaron 35 910 viviendas de las cuales se logró entrevistar a 34 194 viviendas con una tasa de respuesta del 97.7%. De ello se logró entrevistar a 33 168 mujeres entre 15 a 49 años.

2.3. Criterios de Selección

El presente estudio trabajó con 1234 mujeres de las 33 168 entrevistas por INEI, ya que cumplían con los siguientes criterios de selección:

2.3.1. Criterios de inclusión:

- Mujeres de 15 a 49 años
- Mujeres embarazadas al momento de la encuesta

2.3.2. Criterios de exclusión:

- Mujeres embarazadas producto de una violación sexual

2.4. Variables

2.4.1 Variable dependiente

2.4.1.1. Embarazo no planificado. Es una variable cualitativa, que se considera a todo embarazo que la mujer no quería nunca o lo quería en un momento posterior. En la ENDES, la pregunta está redactada como:

“Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería tener (más) hijos?”

- 1.En ese momento
- 2.Quería esperar
- 3.No quería tener más hijos

2.4.2. Variables independientes

2.4.2.1. *Uso de métodos anticonceptivos.*

Es una variable cualitativa, que considera si la pareja (hombre o mujer) usan algún método para evitar un embarazo. En la ENDES está redactada como:

“¿Alguna vez usó algún método anticonceptivo? → NO, Uso solo métodos tradicionales, Uso métodos modernos”

Además analizaremos el tipo de método anticonceptivo que usan:

“¿Alguna vez usaron alguno de estos métodos?”

- A. Píldora
- B. DIU
- C. Inyección
- D. Implantes
- E. Condón masculino
- F. Condón femenino
- G. Abstinencia periódica
- H. Retiro
- I. Anticoncepción oral de emergencia
- J. Otros

2.4.2.2. *Edad de primera relación sexual.*

Es una variable cuantitativa, que se define como la edad que tenía la mujer en el momento de su primer coito, y en la ENDES mencionan:

“¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual (si ha tenido)?” → Edad en años

2.4.2.3. *Edad de la primera unión conyugal.*

Es una variable cuantitativa, que se define como la edad que tenía la mujer en el momento de su primera convivencia de pareja, y en la ENDES mencionan:

“¿Cuántos años tenía Ud. cuando empezó a vivir con él?” → Edad en años

2.4.2.4. *Controles prenatales.*

Es una variable cualitativa, que se considera a toda atención médica recibida durante la gestación. En la ENDES mencionan:

“¿Se ha hecho control del embarazo?” → SÍ/NO

2.4.2.5. Mes al primer control. Es una variable cuantitativa, que considera el número de meses al primer control. En la ENDES mencionan:

“¿Cuántos meses tenía al primer control prenatal?” → (Meses)

2.4.2.6. Mala historia obstétrica. Es una variable cualitativa, que considera a todo antecedente de aborto (sea espontáneo o provocado), y al antecedente de un nacido muerto. Para la ENDES se formuló la pregunta:

“¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?” → SÍ/NO

2.4.2.7. Modelo de violencia física. Es una variable cualitativa, que se considera como al antecedente de violencia física entre los padres como un ambiente desfavorable para la mujer entrevistada. En la ENDES se formula la pregunta:

“Hasta donde usted sabe ¿Su papá le pegó alguna vez a su mamá?” → SI/NO

2.4.2.8. Seguro de salud: Es una variable cualitativa, que se define como aquel seguro que permite acudir a un centro de salud donde pueda cuidar de sí misma cuando lo desee, evitando los altos costos que estos podrían conllevar. Formulado en la ENDES como:

“¿A qué institución corresponde el seguro de salud que Ud. tiene?”

- A. No tiene seguro
- B. Privado
- C. ESSALUD
- D. Fuerzas Armadas o Policiales
- E. Seguro Integral de SALUD (SIS)
- F. Otros

2.4.2.9. Estado civil: Es una variable cualitativa, que considera a la condición de una persona en el registro civil respecto a la pareja.

2.4.2.10. Edad. Es una variable cuantitativa, que se define como la cantidad de años cumplidos desde su fecha de nacimiento.

2.4.2.11. Índice de riqueza: Es una variable cualitativa, que se define como el grado de abundancia de recursos materiales e inmateriales, referido también a la posesión individual de bienes y activos financieros de una persona.

2.4.2.12. Grado de instrucción: Es una variable cualitativa, que se define como el máximo nivel de educación completado el cual alcanzó la entrevistada.

2.4.2.13. Lugar de residencia: Es una variable cualitativa, que se define como el lugar en que una persona vive empadronada en el momento del censo.

2.5. Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Instrumento utilizado	Valor final
Embarazo no planificado	Se considera a todo embarazo que la mujer no quería nunca o lo quería en un momento posterior	Toda mujer embarazada al momento de la entrevista, que no quiera el embarazo	Cualitativa/Nominal	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2017	1.SI 2.NO
Uso de métodos anticonceptivos	Se considera si la pareja (hombre o mujer) usan algún método para evitar un embarazo	Toda mujer que esté usando algún método para postergar o evitar embarazo en el momento de la entrevista	Cualitativa/Nominal	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2017	A. Píldora B. DIU C. Inyección D. Implantes E. Condón masculino F. Condón femenino G. Abstinencia periódica H. Retiro I. Anticoncepción oral de emergencia J. Otros
Edad de Primera Relación Sexual	La edad que tenía la mujer en el momento de su primer coito	Edad en años durante su primera relación sexual registrada en la ENDES	Cuantitativa / Discreta	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2017	Edad (años)

Edad de primera unión conyugal	La edad que tenía la mujer en el momento de su primera convivencia de pareja	Edad en años durante su primera convivencia de pareja registrada en la ENDES	Cuantitativa / Discreta	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2017	Edad (años)
Controles Prenatales	Toda acción o procedimiento que permite el cuidado de la salud materna/fetal	La realización de un control de embarazo para el momento de la entrevista	Cualitativa/Nominal	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2017	1.SI 2.NO
Mes al primer control prenatal	El número de mes de embarazo al momento del primer control prenatal	El número del mes de embarazo en el que se realizó su primer control prenatal para la ENDES	Cuantitativa / Discreta	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2017	Número de meses
Mala Historia obstétrica	Grupo de embarazadas que han presentado embarazos sin conseguir llegar a tener hijos	Antecedente de pérdida, aborto, o nacido muerto	Cualitativa/Nominal	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2017	1.SI 2.NO
Modelo de violencia física	Se considera al antecedente de violencia física entre los padres como un ambiente desfavorable para la mujer entrevistada	Toda violencia física entre los padres que haya sido de conocimiento de la entrevistada	Cualitativa/Nominal	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2017	1.SI 2.NO

Seguro de salud	El seguro de salud que permite acudir a un centro de salud donde pueda cuidar de sí misma cuando lo desee, evitando los altos costos que estos podrían conllevar.	Seguro que permite el cuidado de la salud sin los elevados costos	Cualitativa/Nominal	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2017	A. No tiene seguro B. Privado C. ESSALUD D. Fuerzas Armadas o Policiales E. Seguro Integral de SALUD (SIS) F. Otros
Edad	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento.	Edad consignada de encuestada en el registro ENDES 2017	Cuantitativa / Discreta	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2017	Edad consignada en el registro
Tipo de lugar de residencia	Lugar en que una persona vive empadronada en el momento del censo	Identificación muestral de la zona de residencia consignada en los datos de ENDES 2015 según el lugar de residencia de encuestada	Cualitativa / Nominal	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2017	1 Urbano 2 Rural

Grado de instrucción	Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país.	Nivel de estudio más alto alcanzado de la encuestada consignada en el registro ENDES 2017	Cualitativa/ Ordinal	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2017	0 No educación 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior
Índice de riqueza	Grado de abundancia de recursos materiales e inmateriales, referido también a la posesión individual de bienes y activos financieros de una persona.	Nivel de riqueza de encuestada consignada en el registro ENDES 2017	Cualitativa/ Ordinal	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2017	1 Muy pobre 2 Pobre 3 Medio 4 Rico 5 Muy rico
Estado civil	Condición particular civil que caracteriza a una persona en cuanto a sus vínculos personales con otra persona.	Situación civil consignada en los registros de ENDES 2017 al momento de realizar el levantamiento de datos	Cualitativa / Nominal	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2017	0 Nunca casada 1 Casada 2 Conviviente 3 Viuda 4 Divorciada 5 No viven juntos

2.6. Técnicas e instrumentos

La INEI realizó la encuesta ENDES con el objetivo de recobrar información útil sobre las mujeres de nuestro país. El presente estudio no tuvo necesidad de usar instrumentos ya que es un estudio de bases secundarias.

2.7. Plan de recolección de datos

La recolección de datos de la ENDES fue mediante entrevista directa por personal correctamente capacitado. Los datos fueron registrados en el programa estadístico SPSS 25 (statistical package for social sciences) y es de libre acceso en la plataforma virtual del INEI, del cual el presente estudio tuvo acceso, tomando solo las variables de interés.

2.8. Análisis estadístico

Se usó el programa estadístico SPSS 25 (statistical package for social sciences). Se describieron los datos usando medidas de tendencia central y dispersión, además de gráficos y tablas según fue necesario. Se empleó el factor de ponderación para las estadísticas descriptivas. Adicionalmente, se usó el análisis bivariado con la prueba de Chi² entre la variable dependiente y las variables independientes y T de Student para la diferencia de medias. Se usó la regresión logística para identificar los determinantes del embarazo no planificado. Los intervalos de confianza fueron calculados al 95% y el nivel de significancia para las pruebas de análisis fue del 0.05.

2.9. Consideraciones éticas

La ENDES fue realizada después de un consentimiento informado de las participantes, y esto fue complementado con el registro de datos de manera

que no se permita la identificación de la participante. El presente estudio no tuvo contacto con ninguna encuestada al ser un estudio de bases secundarias, por lo cual no hubo necesidad de someterse a un comité de ética.

3. RESULTADOS

El presente estudio trabajó con un total de 1234 mujeres entre 15 a 49 años, las cuales cumplieron con los criterios de selección del presente estudio, como estar embarazadas en el momento de la entrevista. La edad media encontrada fue de $27,1 \pm 7,1$ años, siendo el grupo etario más frecuente a las mujeres de 20-24 años (25,7%). El lugar de residencia más frecuente fue la zona urbana con un 77,8%. Asimismo, las mujeres en su mayoría eran convivientes en unos 66,6%, seguidas de las mujeres casadas en un 16,4%; por otro lado, no se reportaron mujeres viudas ni divorciadas. El nivel de educación alcanzado más frecuente fue el nivel secundaria en un 48,8%, seguido del nivel superior en un 30,5%, y solo el 1,9% eran mujeres sin educación. Respecto al índice de riqueza, el grupo es encabezado por la categoría “medio” en un 24,6%, seguido de la categoría “pobre” con un 23,9%, y la categoría “muy pobre” con el 23%. Igualmente, las características sociodemográficas están especificadas en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Características sociodemográficas de mujeres embarazadas peruanas entre 15 y 49 años, ENDES 2017

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
EDAD (años)	PORCENTAJE (%)
Media \pm DE	27,1 \pm 7,1
15-19	16,1%
20-24	25,7%
25-29	21,7%
30-34	19,9%
35-39	10,9%
40-44	5,3%
45-49	0,3%
LUGAR DE RESIDENCIA	
Urbano	77,8%
Rural	22,2%
NIVEL DE EDUCACIÓN	
Sin educación	1,9%
Primaria	18,8%
Secundaria	48,8%
Superior	30,5%
ESTADO CIVIL	
Soltera	10,4%
Casada	16,4%
Conviviente	66,6%
Separada	6,6%
Viuda	0%
Divorciada	0%
ÍNDICE DE RIQUEZA	
Muy pobre	23%
Pobre	23,9%
Medio	24,6%
Rico	16,1%
Muy rico	12,3%

En nuestro estudio encontramos que las mujeres embarazadas tuvieron un embarazo planificado en un 44,6% (**Gráfico 1**). Asimismo, de los embarazos no planificados (55,4%), el 40,9% de las mujeres embarazadas planeaban tenerlo después, y el 14,5% no planificaron tener un hijo nunca más, lo cual está representado en el **Gráfico 2**.

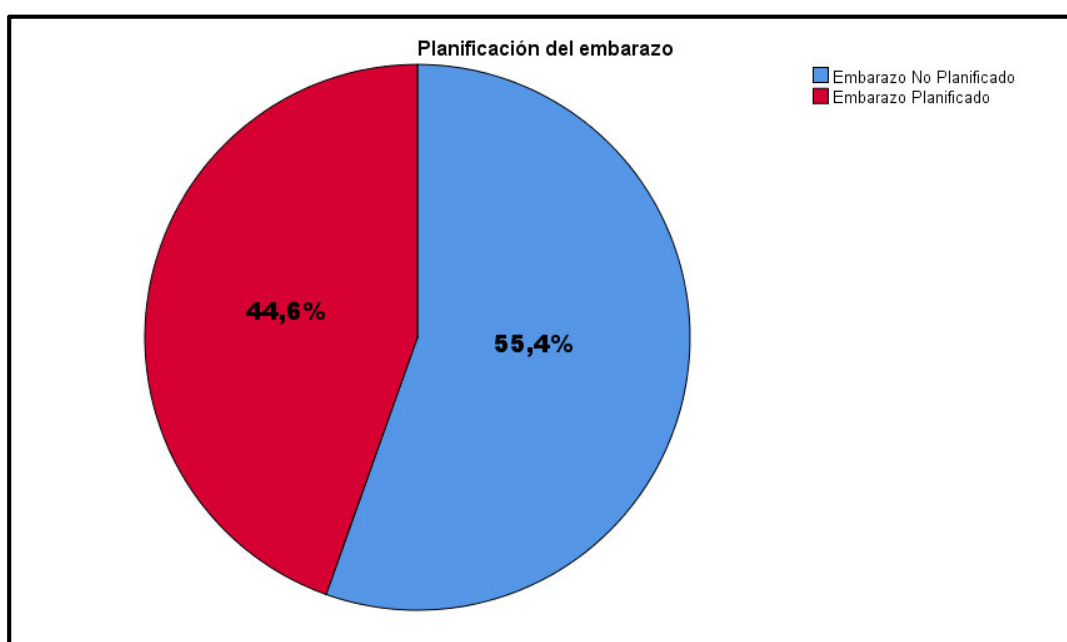


Gráfico 1. Planificación del embarazo en mujeres peruanas entre 15 y 49 años, ENDES 2017

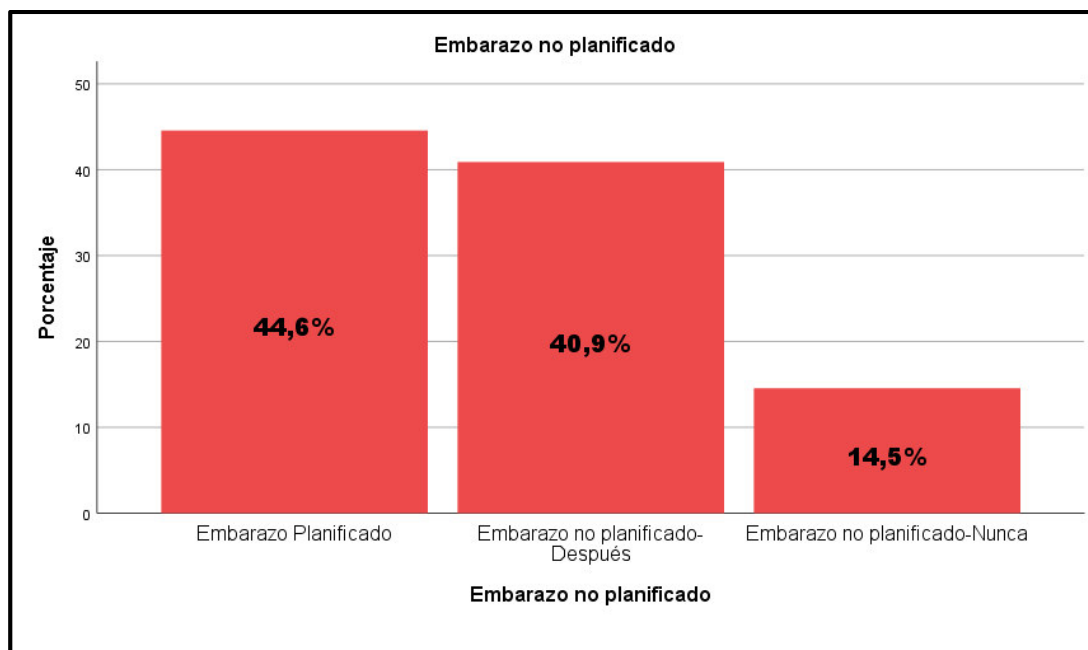


Gráfico 2. Tipos de planificación del embarazo en mujeres peruanas entre 15 y 49 años, ENDES 2017.

Respecto a las características maternas, las mujeres mencionan haber usado en su mayoría métodos anticonceptivos modernos en 85%, métodos tradicionales en 9,4%, y el 5,6% nunca usó algún método anticonceptivo. Asimismo los métodos modernos más usados son la inyección (45,4%), el condón masculino (25,6%), y la píldora (7,8%); por otro lado, los métodos tradicionales abarcan la abstinencia (6,4%) y el retiro (3,2%). Asimismo, el 0,3% de las mujeres usaron la píldora de emergencia como único método anticonceptivo. Si bien es cierto se puede usar más de un método, el trabajo tomó en cuenta el método más moderno como referencia. Las otras formas de métodos anticonceptivos son mencionadas en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Tipo de métodos anticonceptivos usados por mujeres embarazadas peruanas entre 15 y 49 años, ENDES 2017

Tipo de método anticonceptivo	Porcentaje (%)
Nunca usó	5,5%
Píldora	7,8%
DIU	4,5%
Inyección	45,4%
Condón masculino	25,6%
Norplant	1,1%
Píldora de emergencia	0,3%
Abstinencia	6,4%
Retiro	3,2%
Otros	0,1%
Total	100%

El presente estudio también encontró que nuestras mujeres embarazadas tenían una edad media de la primera relación sexual de $17,7 \pm 3,3$ años, pero cuando es analizado por planificación del embarazo, la edad media es de $18,5 \pm 3,7$ en embarazos planificados (EP) y $17,1 \pm 2,8$ en ENP. Del mismo modo, la edad media de la primera unión conyugal es de $20,6 \pm 5,2$ años, siendo mayor en los EP ($21,9 \pm 5,9$) respecto a los ENP ($19,3 \pm 3,9$). También debemos mencionar que el 87,6% se había hecho al menos un control prenatal, y la media de los meses de embarazo al primer control fue de $2,3 \pm 1,3$ meses.

El 72,1% había tenido antecedente de una mala historia obstétrica que abarca una pérdida, aborto o nacido muerto, siendo más frecuente en el grupo de ENP (98,1%) respecto a los embarazos que fueron planificados (54,6%). Además, las mujeres habían presenciado un modelo de violencia en un 41,3%, donde aseveran haber observado como su padre le pegaba a su

madre. También debemos mencionar que el seguro de salud con el que contaban en su mayoría era el Seguro Integral de Salud (SIS) en un 62,9%, y de EsSalud en un 20,8%; sin embargo, el 14,1% no contaba con ningún tipo de seguro de salud. Las características maternas nos descritas en la **Tabla 4**.

Tabla 4. Características maternas de mujeres embarazadas peruanas entre 15 y 49 años, ENDES 2017

CARACTERÍSTICAS MATERNAS			
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	EMBARAZO NO PLANIFICADO	EMBARAZO PLANIFICADO	TOTAL
Nunca usó	6%	5%	5,6%
Métodos tradicionales	10,7%	7,7%	9,4%
Métodos modernos	83,3%	87,2%	85%
EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL			
Media \pm DE	17,1 \pm 2,8	18,5 \pm 3,7	17,7 \pm 3,3
EDAD DE LA PRIMERA UNION CONYUGAL			
Media \pm DE	19,3 \pm 3,9	21,9 \pm 5,9	20,6 \pm 5,2
CONTROL PRENATAL			
No	11,4%	13,6%	12,4%
Sí	88,6%	86,4%	87,6%
MESES AL PRIMER CONTROL			
Media \pm DE	2,5 \pm 1,3	2,1 \pm 1,4	2,3 \pm 1,3
MALA HISTORIA OBSTÉTRICA			
No	1,9%	45,4%	27,9%
Sí	98,1%	54,6%	72,1%
MODELO DE VIOLENCIA FÍSICA			
No	54,2%	59,4%	56,7%
Sí	44,4%	37,8%	41,3%
No sabe	1,4%	2,8%	2,1%
SEGURO DE SALUD			
No tiene seguro	14,9%	13,1%	14,1%
Privado	0,1%	2,2%	1,1%
ESSALUD	19,7%	22,2%	20,8%
Fuerzas armadas	0%	0,5%	0,2%
Seguro integral de Salud	65%	60,4%	62,9%
Otros	0,3%	1,5%	0,8%

El análisis bivariado entre los factores estudiados y el embarazo no planificado son descritos en la **Tabla 5**. Se encontró que la edad media era menor en el grupo de mujeres de ENP (25,4 + 6,9 años) respecto a las mujeres con EP (29,1 + 6,8 años) con un $p < 0,001$. Siendo la mayoría mujeres con ENP entre 20-24 años (28%), contrastando con las mujeres con EP que en su mayoría eran mujeres de 25-29 años (26%). También encontramos una asociación significativa con el nivel de educación, el estado civil y el índice de riqueza. Respecto a las características maternas, el ENP se asocia con una menor edad de la primera relación sexual y con una menor edad de la primera unión conyugal; así como, con un mayor número de meses al primer control prenatal. Del mismo modo, el ENP se asocia significativamente con un antecedente de mala historia obstétrica y con un modelo de violencia física. Sin embargo, no se vio asociado al uso de métodos anticonceptivos, si tuvieron control prenatal, ni se accedían a un seguro de salud.

Cuando se realizó el análisis multivariado, las variables que se encontraron asociadas a los ENP, con un $p < 0,05$, fueron: mujeres entre 20-24 años (OR 1,419 IC95%: 1,101-1,683), mujeres sin educación (OR 10,48 IC95%: 3,2-33,8), educación primaria (OR 1,83 IC95% 1,17- 2,86); educación secundaria (OR 1,94 IC95% 1,41-2,67), mujeres solteras tienen un OR 4,15 IC95% 2,02-8,44; y mujeres con un índice de riqueza rico tiene un OR 1,86 IC95% 1,12-3,11. Por otro lado, las mujeres entre 25-29 años (OR 0,019 IC95%: 0,001-0,560), 30 -34 años (OR 0,041 IC95%: 0,002-0,971) tienen menos probabilidad de un ENP.

Tabla 5. Características sociodemográficas y maternas asociadas al embarazo no planificado en mujeres embarazadas peruanas entre 15 y 49 años, ENDES 2017

CARACTERÍSTICAS	ENP ^a	EP ^b	P valor bivariado	P valor multivariado	OR ajustado	IC 95%	
						Mínimo	Máximo
EDAD (años)*							
Media ± DE	25,4 ± 6,9	29,1 ± 6,8	<0,001 [¶]				
15-19	24,1%	6,2%	<0,001 [§]	0,058	0,084	0,001	1,132
20-24	28%	23%		0,030	1,419 ^º	1,101	1,683
25-29	17,8%	26,6%		0,022	0,019 ^º	0,001	0,560
30-34	17,7%	22,5%		0,048	0,041 ^º	0,002	0,971
35-39	9,8%	12,2%		0,098	0,077	0,004	1,606
40-44	2%	9,4%		0,085	0,032	0,002	1,652
45-49	0,5%	0,1%		0,058	1		
LUGAR DE RESIDENCIA*							
Urbano	75,4%	80,8%	0,026 [§]	0,347	0.818	0.537	1.244
Rural	24,6%	19,2%			1		
NIVEL DE EDUCACIÓN*							
Sin educación	2,9%	0,7%	<0,001 [§]	<0,001	10,479 ^º	3,240	33,898
Primaria	18%	19,7%		0,029	1,831 ^º	1,171	2,863
Secundaria	55,7%	40,3%		<0,001	1,943 ^º	1,413	2,673
Superior	23,5%	39,3%		<0,001	1		
ESTADO CIVIL*							
Soltera	15,7%	3,8%	<0,001 [§]	<0,001	4,151 ^º	2,042	8,435
Casada	13,5%	20%		0,650	1,144	0,641	2,039
Conviviente	64,7%	69,1%		0,545	0,854	0,511	1,425
Separada	6,2%	7,1%		<0,001	1		
ÍNDICE DE RIQUEZA*							
Muy pobre	25,5%	19,9%	<0,001 [§]	0,774	1,096	0,586	2,052
Pobre	21,3%	27,3%		0,553	0,857	0,515	1,427
Medio	25,4%	23,6%		0,390	1,239	0,760	2,020
Rico	18,8%	12,8%		0,017	1,866 ^º	1,119	3,110
Muy rico	9%	16,5%		0,774	1		
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS*							
Nunca usó	6%	5%	0,136 [§]	0,170	0,472	0,254	0,877
Métodos tradicionales	10,7%	7,7%		0,629	1,119	0,709	1,768
Métodos modernos	83,3%	87,2%		0,117	1		
EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL							
Media ±DE	17,1 ± 2,8	18,5 ± 3,7	<0,001 [¶]	-	-	-	-
EDAD DE LA PRIMERA UNIÓN CONYUGAL							
Media ±DE	19,3 ± 3,9	21,9 ± 5,9	<0,001 [¶]	-	-	-	-

(Continuación)

(Continuación)

CARACTERÍSTICAS	ENP ^a	EP ^b	P valor bivariado	P valor multivariado	OR ajustado	IC 95%	
						Mínimo	Máximo
CONTROL PRENATAL*							
No	11,4%	13,6%	0,255 [§]		1		
Sí	88,6%	86,4%		0,098	1,381	0,943	2,023
MESES AL PRIMER CONTROL							
Media \pm DE	2,5 \pm 1,3	2,1 \pm 1,4	<0,001 [¶]	-	-	-	-
MALA HISTORIA OBSTÉTRICA							
No	1,9%	45,4%	<0,001 [§]	-	-	-	-
Sí	98,1%	54,6%		-	-	-	-
MODELO DE VIOLENCIA FÍSICA							
No	54,2%	59,4%	0,038 [§]	-	-	-	-
Sí	44,4%	37,8%		-	-	-	-
No sabe	1,4%	2,8%		-	-	-	-
SEGURO DE SALUD*							
NO	14,9%	13,1%	0,409 [§]	0,946	0,987	0,679	1,435
SI	85,1%	86,9%		0,204	1		

^a ENP: Embarazo no planificado

^b EP: Embarazo Planificado

*Variables incluidas en la regresión logística

§Se usó la prueba Chi2

¶Se usó la prueba T de student

°Estadísticamente significativo con p<0,05

4. DISCUSIÓN

Nuestro estudio encontró que del total de 1234 mujeres peruanas embarazadas, el 55,4% tenían embarazos no planificados (ENP), siendo el 40,9% quienes preferían un embarazo después, y el 14,5% preferían nunca más embarazarse. Un estudio a nivel mundial que incluyó 105 países encontró que el 44% de todos los embarazos eran ENP, lo cual podía aumentar hasta el 65% si solo se analizaban países en vías de desarrollo.⁽¹⁾ A nivel latinoamericano encontramos que un estudio en Chile en mujeres sexualmente activas entre 15 a 29 años, hallaron que el 43% de los embarazos eran ENP;⁽¹⁴⁾ sin embargo, en Brasil se encontraron cifras mayores de ENP, como el 65% de los embarazos.⁽²⁾ A nivel nacional, un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal en Lima en el 2008 encontró que el 65,3% de los embarazos eran ENP,⁽³³⁾ aunque estas cifras son mayores a las encontradas en el presente estudio, se debe considerar el posible sesgo que tuvieron al evaluar solo una región.

La edad se relaciona con la madurez física y emocional que tiene una mujer para hacerse responsable de un hijo.⁽⁴⁾ El presente trabajo halló que las mujeres entre 20-24 años tenían 1,4 veces (IC95%: 1,001-1,683) más probabilidades de tener un ENP, lo cual coincide con diversos estudios como el de España donde mencionan que las mujeres jóvenes independientemente de otros factores tienen más riesgo de ENP.⁽¹²⁾

Según lo analizado, las mujeres con menor educación tienen más riesgo de ENP, es así las que mujeres sin educación tienen hasta 10,48 veces (IC95%: 3,2-33,8) más probabilidades de ENP; este riesgo va disminuyendo cuando tienen mayor nivel de estudios, como educación primaria (OR 1,83 IC95% 1,17- 2,86); y educación secundaria (OR 1,94 IC95% 1,41-2,67). Hallazgos similares son reportados en la literatura, por ejemplo, en España reportaron que mujeres con solo educación básica o primaria tenían 2,4 veces más de riesgo de ENP; esto nos sugiere que la información sobre planificación familiar

debe darse con un nivel de entendimiento propio para cada caso con el objetivo de ser una información útil para las mujeres.⁽¹²⁾

Las mujeres solteras tienen un 4,15 veces (IC95% 2,02-8,44) más riesgo de un ENP; lo cual concuerda con otros estudios donde las mujeres casadas tenían menos riesgo que las solteras de un ENP.⁽¹¹⁾ Así como un estudio en Etiopía donde mencionan que ser soltera aumentaba hasta seis veces el riesgo de un ENP.⁽⁴⁾ Debemos considerar que las mujeres solteras en su mayoría realizan la actividad sexual con el objetivo de placer, y no de concebir un hijo, exponiéndolas a más riesgo de embarazos no planificados.⁽³⁴⁾

Muchos trabajos mencionan que un menor índice de riqueza se asocia al ENP debido al contexto de menor acceso a información sobre planificación familiar,⁽¹⁵⁾ y aunque la mayoría de ENP eran de mujeres muy pobres (25,5%) y pobres (21,3%), no se encontró una asociación significativa en nuestro estudio. Sin embargo, el análisis multivariado estableció que las mujeres con un índice de riqueza rico tienen 1,86 veces (IC95% 1,12-3,11) de ENP de manera significativa. Esto podría deberse a que las mujeres de este grupo al tener mayores oportunidades de desarrollo intelectual y laboral, planifican postergar sus embarazos sin éxito.⁽⁵⁾ Al interrumpir sus planes, estas mujeres tienen más riesgo de estrés psicológico y depresión posparto.⁽⁶⁾

Por otro lado, las mujeres entre 25-29 años (OR 0,019 IC95%: 0,001-0,560), 30 -34 años (OR 0,041 IC95%: 0,002-0,971) tienen menos probabilidad de un ENP. La explicación para ello se relaciona con la edad donde las mujeres planifican sus embarazos corresponde con estos rangos encontrados, en contraste con las edades extremas donde sean muy jóvenes para ser responsables de un niño, o mujeres adultas de más de 40 años donde ya tienen el número ideal de hijos y no planifican tener más.^(4,12)

El ENP sigue siendo un problema de salud pública, uno de los factores es la disminución de la edad de la primera relación sexual a través del tiempo y con ello una mayor cantidad de años donde la mujer está activa en su edad reproductiva.⁽³⁵⁾ Al igual que en la literatura, encontramos una asociación entre una menor edad de la primera relación sexual con el ENP; nuestra media fue de $17,1 \pm 2,8$ años en este grupo. Un estudio en España en mujeres de 13 a 24 años encontró la misma asociación, pero con una edad media de $15,15 \pm 1,61$ años.⁽¹²⁾

El uso de los métodos anticonceptivos (MAC) toma relevancia cuando se habla de embarazos no planificados; se ha mencionado que la ausencia de un MAC podría estar influenciado por la coerción por parte de la pareja para no hacerlo, y este riesgo se incrementa cuando hablamos de un contexto de convivencia.⁽²⁷⁾ A pesar de lo mencionado, nuestro estudio no encontró una asociación significativa del uso de métodos anticonceptivos (MAC) y los ENP, además el 94,5% de las mujeres embarazadas habían usado algún MAC, siendo más frecuente inyección 45,4%, condón masculino 25,6% y la píldora diaria en 7,8%. Una situación similar se reportó en Australia donde el 73% de mujeres embarazadas mencionaban haber usado MAC.⁽³⁶⁾ Lo cual nos lleva a pensar que podría relacionarse con una falla del método, o el uso incorrecto de este. Se sabe que uno de los MAC más efectivos y de fácil cumplimiento son los MAC de largo plazo de tipo reversible, como los implantes subdérmicos, ayudando así a la disminución de ENP;⁽²⁴⁾ lamentablemente en nuestro trabajo solo el 1,1% lo usaba. Por otro lado, aunque no encontramos asociación entre el método tradicional de retiro o coitus interruptus y el ENP, esta práctica sigue siendo usada como principal MAC en cierto grupo de mujeres.⁽¹²⁾

El seguro de salud es una variable relevante por sus implicancias, por ejemplo, permite acceder a cuidados de la salud sexual y reproductiva, programas de planificación familiar, cuidado de la salud materna y fetal mediante los controles prenatales, con menores costos monetarios. Un proyecto sobre

globalizar el acceso a MAC a las mujeres, evidencia como cuando el costo de sus MAC son asumidos casi en su totalidad, genera un impacto positivo en las mujeres.⁽³⁷⁾ Un estudio en Texas encontró una asociación entre el seguro de salud y el nacimiento de niños no planificados.⁽³⁸⁾ Aunque no encontramos asociación con el ENP, debemos mencionar que el 85,9% contaba con algún tipo de seguro, en su mayoría el Seguro Integral de Salud (SIS) y el seguro EsSalud. Esto nos hace reflexionar sobre la cantidad y calidad de información sobre planificación familiar que brindamos, y posiblemente, al ser inadecuada no ayuda a la prevención de ENP.⁽³⁹⁾

Es conocido que toda mujer embarazada debería realizarse controles prenatales (CPN) en algún centro de salud, nuestro estudio no encontró asociación entre el ENP y la realización de CPN, el cual fue realizado por el 87,6% de las mujeres embarazadas. Sin embargo, sí se encontró una asociación en el número de meses al realizarse su primer CPN. Las mujeres con ENP tenían una media de $2,5 \pm 1,3$ meses y las mujeres con embarazo planificado tuvieron una media de $2,1 \pm 1,4$ meses. Algunos estudios mencionan que las mujeres con ENP tienen más probabilidad de conductas inadecuadas frente a un embarazo como menor número de CPN, no consumir el ácido fólico e incluso fumar durante el embarazo.⁽¹⁵⁾

En nuestro trabajo, el antecedente de una mala historia obstétrica (pérdida, aborto o nacido muerto) se asoció con ENP. Del mismo modo, un estudio en Etiopía encontró que la muerte fetal se asocia con el ENP,⁽⁴⁾ esta situación podría deberse a la disminución del deseo de quedar embarazada después de una experiencia similar.⁽¹¹⁾ Por otro lado, en Estados Unidos mencionan que el aborto se asocia con más de un embarazo no planificado y que podría relacionarse con una vida sexual activa.⁽⁴⁰⁾

Otra variable a tener en cuenta es el entorno familiar en el que vivió, en este caso un modelo de violencia familiar donde hayan presenciado como el padre

golpeaba a su madre. Un estudio realizado en España menciona que un ambiente desfavorable en presencia de problemas de convivencia se asocian en mayor medida a un ENP;⁽¹⁷⁾ es así que nuestro estudio encontró que un modelo de violencia física se asociaba con ENP.

Todo lo anterior mencionado nos lleva a pensar el tipo de medidas que se deben tomar al respecto como país, como hemos mencionado el ENP tiene múltiples factores y varían dependiendo de cada región;⁽¹²⁾ y aunque el trabajo nos orienta a preocuparnos por algún grupo en específico, sabemos que debemos mejorar nuestras estrategias de planificación familiar. Un estudio a nivel mundial mencionan que se han visto mejores resultados cuando se realiza una estrategia constante para la población, es decir, educación sobre la salud sexual y reproductiva, mayor acceso a información con la debida orientación, y actividades frecuentes que permitan transmitir el mensaje de lo importante que es para el país este tema. ⁽³⁹⁾

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente estudio encontró que los embarazos en mujeres peruanas en su mayoría eran embarazos no planificados (55,4%). Los cuales se encontraron asociados significativamente en mujeres entre 20-24 años, mujeres sin educación, y en menor medida en mujeres con educación primaria y educación secundaria; asimismo, los ENP eran más probables en mujeres solteras y en mujeres con un índice de riqueza rico. Por otro lado, las mujeres entre 25-29 años, y entre 30 -34 años tienen menos probabilidad de un ENP.

Del mismo modo, el análisis bivariado muestra que el ENP se encontró asociado con una menor edad de primera relación sexual, una menor edad de la primera unión conyugal, un mayor número de meses al primer control prenatal, la presencia de un modelo de violencia física, y un antecedente de mala historia obstétrica.

A pesar de lo mencionado en la literatura, el estudio no demostró ninguna asociación entre el ENP y el uso de métodos anticonceptivos.

Se recomiendan posteriores estudios donde analicen a mayor profundidad el ambiente familiar sobre la mujer embarazada, ya que es el sistema de apoyo al que acuden en caso de problemas. Del mismo modo, se sugiere evaluar las medidas de planificación familiar brindadas, incluyendo el modo de uso de los métodos anticonceptivos, para que puedan ser modificadas con las características propias de nuestra población; con el objetivo final de un mejor uso de nuestros recursos brindando lo requerido en planificación familiar.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Glob Health*. 2018;6(4):e380–9.
2. Prietsch SOM, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. [Unplanned pregnancy in Southern Brazil: prevalence and associated factors]. *Cad Saude Publica*. 2011 Oct;27(10):1906–16.
3. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional [Internet]. [cited 2019 Feb 4]. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
4. Fite RO, Mohammedamin A, Abebe TW. Unintended pregnancy and associated factors among pregnant women in Arsi Negele Woreda, West Arsi Zone, Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2018 Sep 17;11(1):671.
5. Yago-Simón T, Tomás-Aznar C. Condicionantes de género y embarazo no planificado, en adolescentes y mujeres jóvenes. *An Psicol*. 2015 Oct;31(3):972–8.
6. Barton K, Redshaw M, Quigley MA, Carson C. Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 26;17(1):44.
7. Puri M, Singh S, Sundaram A, Hussain R, Tamang A, Crowell M. Abortion Incidence and Unintended Pregnancy in Nepal. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2016 01;42(4):197–209.
8. Singh A, Upadhyay AK, Singh A, Kumar K. The Association Between Unintended Births and Poor Child Development in India: Evidence from a Longitudinal Study. *Stud Fam Plann*. 2017;48(1):55–71.

9. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2013 Sep;30:471–9.
10. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Hinostroza-Camposano WD, Yancachajlla-Apaza M, Lam-Figueroa N, Chacón-Torraco H. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013 Jul;30(3):379–85.
11. Tsegaye AT, Mengistu M, Shimeka A. Prevalence of unintended pregnancy and associated factors among married women in west Belessa Woreda, Northwest Ethiopia, 2016. *Reprod Health*. 2018 Dec 7;15(1):201.
12. Yago Simon T, Tomás Aznar C. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88(3):395–406.
13. Melian MM. [Reproductive intentions and factors related to unplanned births, Paraguay, 1995-2008]. *Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health*. 2013 Apr;33(4):244–51.
14. Palma I. [Unpredicted pregnancy among Chilean young women]. *Rev Med Chil*. 2012 Mar;140(3):319–25.
15. Goossens J, Van Den Branden Y, Van der Sluys L, Delbaere I, Van Hecke A, Verhaeghe S, et al. The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2016;31(12):2821–33.
16. Cáceres Chú E, Thornberry J, Má Cárdenas L, Ramos-Castillo J. Proyecto PIENSA (Programa de Investigación y Educación en Salud Reproductiva): impacto de la asesoría en la elección anticonceptiva en mujeres peruanas. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2014 Jul;60(3):227–32.
17. Yago Simón T, Tomás Aznar C. ¿Influye la familia de origen en el embarazo no planificado de adolescentes y jóvenes? *Prog Obstet Ginecol*. 2015 Mar 1;58(3):118–24.

18. Getu Melese K, Gebrie MH, Berta Badi M, Fekadu Mersha W. Unintended Pregnancy in Ethiopia: Community Based Cross-Sectional Study. *Obstet Gynecol Int* [Internet]. 2016;2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5021487/>
19. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann*. 2014 Sep;45(3):301–14.
20. Jayaweera RT, Ngui FM, Hall KS, Gerdt C. Women's experiences with unplanned pregnancy and abortion in Kenya: A qualitative study. *PloS One*. 2018;13(1):e0191412.
21. Trussell J. The cost of unintended pregnancy in the United States. *Contraception*. 2007 Mar;75(3):168–70.
22. Sonfield A, Kost K, Gold RB, Finer LB. The public costs of births resulting from unintended pregnancies: national and state-level estimates. *Perspect Sex Reprod Health*. 2011 Jun;43(2):94–102.
23. Lete I, Hassan F, Chatzitheofilou I, Wood E, Mendivil J, Lambrelli D, et al. Direct costs of unintended pregnancy in Spain. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. 2015;20(4):308–18.
24. Lira-Plascencia J, Velázquez-Ramírez N, Ibargüengoitia-Ochoa F, Montoya-Romero J de J, Castelazo-Morales E, Valerio-Castro E. [Reversible long-duration contraceptives: an efficient strategy to reduce non-planned pregnancies]. *Ginecol Obstet Mex*. 2013 Sep;81(9):530–40.
25. Holliday CN, Miller E, Decker MR, Burke JG, Documet PI, Borrero SB, et al. Racial Differences in Pregnancy Intention, Reproductive Coercion, and Partner Violence among Family Planning Clients: A Qualitative Exploration. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. 2018 Jun;28(3):205–11.
26. Aslam RW, Hendry M, Booth A, Carter B, Charles JM, Craine N, et al. Intervention Now to Eliminate Repeat Unintended Pregnancy in Teenagers

- (INTERUPT): a systematic review of intervention effectiveness and cost-effectiveness, and qualitative and realist synthesis of implementation factors and user engagement. *BMC Med.* 2017 15;15(1):155.
27. Rosenbaum JE, Zenilman J, Rose E, Wingood G, DiClemente R. Predicting Unprotected Sex and Unplanned Pregnancy among Urban African-American Adolescent Girls Using the Theory of Gender and Power. *J Urban Health Bull N Y Acad Med.* 2016;93(3):493–510.
 28. Gauthreaux C, Negron J, Castellanos D, Ward-Peterson M, Castro G, Rodríguez de la Vega P, et al. The association between pregnancy intendedness and experiencing symptoms of postpartum depression among new mothers in the United States, 2009 to 2011: A secondary analysis of PRAMS data. *Medicine (Baltimore).* 2017 Feb;96(6):e5851.
 29. Contreras JM, Both S, Guedes A, Dartnall E. Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual. [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 28]. Available from: <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/980>
 30. UNFPA Peru | Embarazo adolescente en el Perú [Internet]. [cited 2019 Feb 28]. Available from: <https://peru.unfpa.org/es/publications/embarazo-adolescente-en-el-per%C3%BA>
 31. Luna Matos ML, Salinas Piélagos J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Pública.* 2009 Oct;26:310–4.
 32. Ku E. Causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal. *Rev Peru Epidemiol* [Internet]. 2010 [cited 2019 Feb 28];14(2). Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=203119666006>
 33. Cripe SM, Sanchez SE, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Association of intimate partner physical and sexual violence with

unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2008 Feb;100(2):104–8.

34. Endriyas M, Eshete A, Mekonnen E, Misganaw T, Shiferaw M, Ayele S. Contraceptive utilization and associated factors among women of reproductive age group in Southern Nations Nationalities and Peoples' Region, Ethiopia: cross-sectional survey, mixed-methods. *Contracept Reprod Med* [Internet]. 2017 Feb 2;2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5683467/>
35. ESHRE Capri Workshop Group. Why after 50 years of effective contraception do we still have unintended pregnancy? A European perspective. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2018 01;33(5):777–83.
36. Coombe J, Harris ML, Wigginton B, Lucke J, Loxton D. Contraceptive use at the time of unintended pregnancy: Findings from the Contraceptive Use, Pregnancy Intention and Decisions study. *Aust Fam Physician*. 2016 Nov;45(11):842–8.
37. Chuang CH, Velott DL, Weisman CS, Sciamanna CN, Legro RS, Chinchilli VM, et al. Reducing Unintended Pregnancies Through Web-Based Reproductive Life Planning and Contraceptive Action Planning among Privately Insured Women: Study Protocol for the MyNewOptions Randomized, Controlled Trial. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. 2015 Dec;25(6):641–8.
38. Vasquez D, McDonald JA, Homedes N, Brown LD. Unintended birth among Hispanic women in Texas: a descriptive analysis. *Matern Child Health J*. 2015 Jun;19(6):1220–9.
39. Rashid S, Moore JE, Timmings C, Vogel JP, Ganatra B, Khan DN, et al. Evaluating implementation of the World Health Organization's Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programs to address unintended pregnancy and unsafe abortion. *Reprod Health*. 2017 Nov 21;14(1):153.

40. Aztlan-James EA, McLemore M, Taylor D. Multiple Unintended Pregnancies in U.S. Women: A Systematic Review. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. 2017 Aug;27(4):407–13.

7. ANEXOS

SECCIONES DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y SALUD FAMILIAR DEL PERÚ EN EL 2017 USADOS EN EL ESTUDIO

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
226	¿Está usted actualmente embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO ESTA SEGURA..... 8	→ 229B
227	¿Cuántos meses de embarazo tiene? (ANOTE EL NÚMERO COMPLETO DE MESES)	MESES.....	
227A	ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA		
228	Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería tener (más) hijos?	EN ESE MOMENTO..... 1 QUERÍA ESPERAR..... 2 NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS..... 3	
229	¿Se ha hecho control del embarazo? SI RESPONDE SÍ PREGUNTE: ¿En dónde? SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ¿En algún otro lugar? CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FFAA Y PNP..... C CENTRO DE SALUD MINSA..... D PUESTO DE SALUD MINSA..... E POLICLÍNICO/ CENTRO POSTA DE ESSALUD..... F HOSPITAL / OTRO DE LA MUNICIPALIDAD..... G SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... H CONSULTORIO MÉDICO PARTICULAR..... I CASA DE PARTERA..... J ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... K HOSPITAL / OTRO DE LA IGLESIA..... L OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NO SE HIZO CONTROL PRENATAL..... Y	→ 229B
229A	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando recibió su primer control prenatal?	MESES.....	
229B	¿Tiene Ud. seguro de salud?	SI..... 1 NO..... 2	→ 230
229C	¿A que institución corresponde el seguro de salud que Ud. tiene? SONDEE: ¿Alguno más?	SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)..... A ESSALUD / IPSS..... B FUERZAS ARMADAS O POLICIALES..... C ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD..... D SEGURO PRIVADO..... E OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	
230	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	→ 236
231	¿En qué mes y año ocurrió el último de estos embarazos?	MES..... AÑO.....	

40

SECCIÓN 5. NUPCIALIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
500	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS	<div style="text-align: right; margin-right: 10px;">SI NO</div> NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS..... 1 2 ESPOSO / COMPAÑERO..... 1 2 OTROS HOMBRES..... 1 2 OTRAS MUJERES..... 1 2	
501	¿Actualmente Ud. está casada o conviviendo?	SÍ, ACTUALMENTE CASADA..... 1 SÍ, CONVIVIENDO..... 2 NO, NO EN UNIÓN..... 3	506
502	¿Usted ha estado casada o ha convivido?	SÍ, ESTUVO CASADA..... 1 SÍ, CONVIVIÓ..... 2 NO..... 3	505
503	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y TRACE UNA LÍNEA		
504	PASE A → 512		
505	Actualmente es usted ¿viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 SEPARADA..... 2 DIVORCIADA..... 3	508
506	¿Su esposo/compañero vive con usted ahora o permanece en otro sitio?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRO SITIO..... 2	
507	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DEL ESPOSO/COMPAÑERO DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR. SI NO ESTA LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00". NOMBRE: _____ No. ORDEN..... 		
508	¿Usted ha estado casada o conviviendo sólo una vez, o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2	509
508A	¿Cuál fue la principal causa de la (última) separación?	ENVIUDO..... 01 VIOLENCIA FÍSICA/ PSICOLÓGICA O SEXUAL..... 02 INFIDELIDAD DE ÉL..... 03 INFIDELIDAD DE ELLA..... 04 INCUMPLÍA DEBERES DE PADRE / ESPOSO..... 05 INCUMPLÍA DEBERES DE MADRE / ESPOSA..... 06 EMBRIAGUEZ HABITUAL / USO DE DROGAS DE ÉL..... 07 EMBRIAGUEZ HABITUAL / USO DE DROGAS DE ELLA..... 08 CONDUCTA CORRUPTA DE ÉL..... 09 CONDUCTA CORRUPTA DE ELLA..... 10 FALTA DE COMPRENSIÓN..... 11 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
509	VERIFIQUE 508: <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE SOLAMENTE UNA VEZ: </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> CASADA / UNIDA CON UN HOMBRE MÁS DE UNA VEZ: </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> ↓ ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposo/ compañero? </div> <div style="text-align: center;"> ↓ ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primer esposo/ compañero? </div> </div>	MES: _____ NO SABE EL MES..... 98 AÑO: _____ NO SABE EL AÑO..... 9998	511
510	¿Cuántos años tenía Ud. cuando empezó a vivir con él?	EDAD..... 	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
511	<p>DETERMINE LOS MESES DE UNIÓN DESDE ENERO DEL 2012. ANOTE "X" EN LA COLUMNA 4 DEL CALENDARIO POR CADA MES DE UNIÓN, Y "0" POR CADA MES DE NO UNIÓN, DESDE ENERO DEL 2012.</p> <p>PARA LAS MUJERES QUE ACTUALMENTE ESTÁN CASADAS O EN UNIÓN: INDAGUE POR LA FECHA EN QUE LA PAREJA EMPEZÓ A VIVIR JUNTOS Y POR LA FECHA DE INICIACIÓN Y TERMINACIÓN DE CUALQUIER UNIÓN PREVIA.</p> <p>PARA LAS MUJERES QUE NO ESTÁN CASADAS O EN UNIÓN: PREGUNTE POR LA FECHA EN QUE EMPEZÓ Y TERMINÓ LA ÚLTIMA UNIÓN Y, SI ES EL CASO, POR EL COMIENZO Y TERMINACIÓN DE OTRAS UNIONES.</p>		
512	<p>Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar, le aseguro que sus respuestas serán confidenciales.</p> <p>¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual (si ha tenido)?</p>	<p>NUNCA..... 00</p> <p>EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CUANDO SE CASÓ/UNIÓ PRIMERA VEZ..... 95</p>	512A
512AA	<p>VERIFIQUE EN 106 SI LA ENTREVISTADA TIENE:</p> <p>15-24 AÑOS <input type="checkbox"/></p> <p>25-49 AÑOS <input type="checkbox"/></p>		522
512AB	<p>¿Usted piensa esperar hasta casarse para tener su primera relación sexual?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE / INSEGURA..... 8</p>	522
512A	<p>VERIFIQUE 106:</p> <p>15-24 AÑOS <input type="checkbox"/></p> <p>25-49 AÑOS <input type="checkbox"/></p>		513
512B	<p>¿En su primera relación sexual usaron condón?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
512BA	<p>¿Qué edad tenía la persona con quien tuvo su primera relación sexual?</p>	<p>EDAD DE LA PAREJA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE..... 98</p>	512C
512BB	<p>¿Esta persona era mayor que usted, más joven o casi de la misma edad?</p>	<p>MAYOR..... 1</p> <p>MAS JOVEN..... 2</p> <p>CASI DE LA MISMA EDAD..... 3</p> <p>NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	512C
512BC	<p>¿Esta persona le llevaba a usted 10 o más años, o menos de 10 años?</p>	<p>10 O MAS AÑOS MAYOR..... 1</p> <p>MENOS DE 10 AÑOS..... 2</p> <p>MAYOR, NO SABE CUANTOS AÑOS..... 3</p>	
512C	<p>¿Qué era de Ud. el hombre con quien tuvo su primera relación sexual?</p>	<p>ESPOSO/COMPAÑERO/CONVIVIENTE..... 01</p> <p>NOVIO/PROMETIDO..... 02</p> <p>AMIGO..... 03</p> <p>COMPAÑERO CASUAL..... 04</p> <p>PARIENTE..... 05</p> <p>TRABAJADOR SEXUAL COMERCIAL..... 06</p> <p>ENAMORADO..... 07</p> <p>OTRO:..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
513	<p>¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales?</p> <p>REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR LA ENTREVISTADA.</p> <p>SI LA RESPUESTA ES 12 MESES O MÁS, ANOTE EN AÑOS.</p>	<p>HACE: DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	521A

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1025	Hasta donde usted sabe ¿Su papá le pegó alguna vez a su mamá?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
1026	¿Conoce usted algún caso de una vecina, conocida o familiar que haya muerto por violencia de su pareja o ex-pareja?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
1027	VERIFIQUE 203 AL MENOS UN HIJO / HIJA QUE VIVE EN EL HOGAR	NINGUN HIJO / HIJA VIVE EN EL HOGAR	1032
1028	¿Quién reprende o castiga a sus hijos en el hogar ? ¿Quién más?	PADRE BIOLÓGICO A MADRE BIOLÓGICA B OTRO : X (ESPECIFIQUE) NADIE / NO LOS CASTIGAN Y	1032
1029	SI 1028 = A <input type="checkbox"/> SI 1028 = B <input type="checkbox"/> SI 1028 = X <input type="checkbox"/>		
1030	A. ¿De qué manera castiga su esposo/compañero a su(s) hijo(s)? INDAGUE ¿De alguna otra forma?... PALMADAS A REPRIMENDA VERBAL B PROHIBIÉNDOLES ALGO QUE LES GUSTA C PRIVÁNDOLOS DE LA ALIMENTACIÓN D CON GOLPES O CASTIGOS FÍSICOS E DEJÁNDOLOS ENCERRADOS F IGNORÁNDOLOS G PONIÉNDOLES MÁS TRABAJO H DEJÁNDOLOS FUERA DE CASA I ECHÁNDOLES AGUA J QUITÁNDOLES LA ROPA K QUITÁNDOLES LAS PERTENENCIAS L QUITÁNDOLES EL APOYO ECONÓMICO M OTRA: X (ESPECIFIQUE)	B. ¿De qué manera castiga Ud. a su(s) hijo(s)? A A B B C C D D E E F F G G H H I I J J K K L L M M X X (ESPECIFIQUE)	C. ¿De qué manera castiga esa persona a su(s) hijo(s)? A A B B C C D D E E F F G G H H I I J J K K L L M M X X (ESPECIFIQUE)
1031	En el mes de _____ ¿Alguno de sus hijos fue castigado por su mal comportamiento?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	
1032	¿En qué forma la castigan ó castigaban a Ud. sus padres? ¿De alguna otra forma? CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE	PALMADAS A REPRIMENDA VERBAL B PROHIBIÉNDOLE ALGO QUE LE GUSTA C PRIVÁNDOLE DE LA ALIMENTACIÓN D GOLPEÁNDOLE E QUEMÁNDOLE F DEJÁNDOLE ENCERRADO G IGNORÁNDOLE H PONIÉNDOLE MÁS TRABAJO I DEJÁNDOLE FUERA DE CASA J HUNDIÉNDOLE EN AGUA K QUITÁNDOLE LA ROPA L QUITÁNDOLE LAS PERTENENCIAS M QUITÁNDOLE EL APOYO ECONÓMICO N OTRA: X (ESPECIFIQUE) NO ME CASTIGAN / CASTIGABAN Y	
1033	¿Cree Ud. que para educar a los hijos es necesario el castigo físico? SI DIJO: "SI" ¿Con qué frecuencia?	FRECUENTEMENTE 1 ALGUNA VECES 2 NO / NUNCA 3	